# แบบฟอร์ม: การเรียกร้องสินไหมมรณกรรมของ ผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

FWD insurance

## 1. ข้อมูลผู้เอาประกันภัย

ชื่อผู้เสียชีวิต.....อายุ.....ปี ☐ เป็นผู้เอาประกันภัย ☐ เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

กรมธรรม์เลขที่.....ที่อยู่ครั้งสุดท้าย เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

## 2. ผู้เรียกร้องสินไหมมรณกรรม

ชื่อ – สกุล.....อายุ.....ปี อาชีพ.....สัญชาติ.....

ที่อยู่สำหรับการส่งเอกสาร เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....

ท่านเป็นผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ฉบับนี้หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ใช้สิทธิในฐานะ.....

## 3. ท่านต้องการรับสินไหมโดยวิธี

☐ จ่ายเป็น เช็คหรือดร๊าฟ ส่งตามที่อยู่ที่ระบุข้างต้น

☐ จ่ายโดยโอนเข้าบัญชีธนาคาร (กรุณาแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร)

* หน่วยลงทุนจะถูกขาย ณ วันทำการ[1] วันแรกถัดจากวันที่บริษัทได้รับเอกสารการเรียกร้องสินไหมครบถ้วนภายใน 16.00 น. และอนุมัติผลการพิจารณาสินไหมแล้ว (ในกรณีที่เกิน 16.00 น ให้ถือเป็นวันทำการถัดไป)

[1] วันทำการ หมายถึง วันเปิดทำการปกติของบริษัท และเป็นวันเปิดทำการซื้อขายกองทุนด้วย

## 4. รายละเอียดการเจ็บป่วยก่อนมรณกรรม

ผู้เอาประกันภัยได้พูดถึงอาการเจ็บป่วยหรือมีอาการแสดงถึงความเจ็บป่วยให้เห็นครั้งแรก เมื่อวันที่.....

อาการที่สังเกตเห็น.....

ผู้เอาประกันภัยไปพบแพทย์ครั้งแรกเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยครั้งหลังสุด เมื่อวันที่.....

ชื่อแพทย์ / สถานพยาบาลที่ไปพบ.....

## 5. ชื่อแพทย์และที่อยู่ หรือสถานพยาบาลที่ผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษาในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายและในระยะใกล้เคียงกับวันเริ่มสัญญาหรือก่อนหน้านั้น

| ชื่อแพทย์หรือสถานพยาบาล | ที่อยู่ | วันที่เข้ารับการรักษา | โรคที่ทำการรักษา |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## 6. ผู้เอาประกันมีประกันชีวิตหรือประกันภัยไว้กับบริษัทอื่นใดบ้าง

| ชื่อบริษัทประกันภัย | หมายเลขกรมธรรม์ | วันเริ่มสัญญา | จำนวนเงินเอาประกันภัย |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงตามแบบฟอร์มฉบับนี้ ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แถลงและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ**

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์ ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....พยาน

**หนังสือให้ความยินยอม**

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล ที่ทำการตรวจรักษาผู้เอาประกันภัยที่เสียชีวิตทั้งในอดีตและปัจจุบัน องค์กรหรือบุคคลซึ่งได้ทำการชันสูตรพลิกศพ เปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษาทั้งหมด ผลการชันสูตรพลิกศพแก่ บริษัทเอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมายได้ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม วันที่.....